Ueber acute Encephalitis mit Ausgang in Heilung.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg Lahn

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Karl Martin Kothe

approbierter Arzt in Marienberg-Westerwald.

Referent: Geheimrat Wollenberg.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg am 23. 8. 1920

Marburg [Lahn]
1920.

BUCHDRUCKEREI CARL EBNER, MARIENBERG

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556027_0201

Während im Rückenmark die selbständig auftretenden umschriebenen Entzündungen verhältnismässig häufig vorkommen, sind entsprechende Prozesse im Gehirn weit seltener. Heute lassen sich vom klinischen Standpunkt folgende Formen der Encephalitis unterscheiden.

1. die Polioencephalitis acuta häm. sup.,
2. die Polioencephalitis der Kinder.
3. die Strümpell-Leichtenstern'sche Form oder die acute Encephalitis non purulenta.

Die Diagnose einer Encephalitis ist oft recht schwierig zu stellen; sie stützt sich vor allem auf das Auftreten von allgemeinen cerebralen Symptonen, einer Herderkrankung im Gehirn, gewöhnlich im Anschluss an eine Infektionskrankheit.

Die Encephalitis, vor allem die acute Eucephalitis non purulenta, und von dieser ist hier ausschliesslich die Rede, ist eine Krankheit von ausgesprochenem acutem Verlauf, die mit stürmischen Erscheinungen einsetzt und ziemlich rasch ihren Höhepunkt erreicht. entweder ad exitum führt oder in Heilung ausgeht.

Die in der Arbeit mitgeteilten 7 Fälle von acuter Encephalitis berichten von vollkommener Heilung, ohne dass Krämpfe, Lähmungen, oder psychische Störungen zurückgeblieben sind. Ein gleichartiger Fall kam in der hiesigen chirurgischen Klinik zur Beobachtung. Auch dieser Fall ging in Heilung aus und hinterliess nach einjähriger Beobachtung keinerlei cerebrale Erscheinungen.

Es handelt sich um ein 24 Jahre altes, vorher ganz gesundes Mädchen, aus gesunder Familie. Anfangs Juni 19 erkrankte sie an Schmerzen im rechten Kniegelenk; schliesslich führte es zu einem Hydrops-genu.

Der Befund ergibt folgendes: Das rechte Kniegelenk ist geschwollen, besonders an den Gelenkspalten druckempfindlich. Erguss nachweisbar. Am 5. 7. Eröffnung des Kniegelenks in Narkose. Tuberkelbazillen werden im Eiter nicht nachgewiesen. Nach der Operation deutliche relative Bradycardie (Puls 84, Temp. 39°), die bis zum 7. 7. anhält. 36 Stunden nach der Operation, aus völligem Wohlbefinden heraus, treten epileptiforme Anfälle mit Bewusstlosigkeit und lichtstarren Pupillen und schwersten Zungenbissen auf. Die Anfälle folgen rasch aufeinander, alle halbe Stunde ein Anfall. Es zucken alle Extremitäten und beide Gesichtshälften gleichmässig in schwersten Convulsionen.

Keine Nackensteifigkeit, kein Kernig nachweisbar. Patientin ist somnolent. Ferner bestehen rechtsseitige Abducensparese und rechtsseitige Facialisschwäche. Die Patellarreflexe, ebenso die der Achillessehnen sind beiderseits gesteigert. Oppenheim und Babinski stark positiv.

Psychisch ist die Kranke orientiert. Am 8. 7. ist der Gesamtzustand schlecht, der Puls irregulär. Die Anfälle dauern an, der Zustand wird komatös, Trachealrasseln und Cyanose. Die Patientin ist aus dem Koma nicht mehr zu erwecken. Lumbalpunktion

Am nächsten Tag auffallende Besserung. Anfälle werden seltener. Facialisschwäche bleibt noch etwa 14 Tage bestehen. Nach einem Jahr sind irgendwelche Residuen nicht mehr nachweisbar.

Diff. Diagnostisch kommen in Frage: die Meningitis cerebrospinalis, tuberculosa, der Gehirntumor, Erkrankungen der Blutgefässe des Gehirns, Thrombose der Gehirngefässe, die Meningitis serosa und die Encephalitis non purulenta. Für die ersten keine Anhaltspunkte; die Diff. Diagnose zwischen Meningitis serosa und Encephalitis ist recht schwierig. Gegen Meningitis serosa sprechen die starken Krämpfe. sie machen eine Affektion der Rinde selbst wahrscheinlich. Die gleichzeitig bestehenden Facialis-Abducensparesen können auf locale meningitische Reizung hinweisen. Es kann sich sehr wohl noch um eine lokalisierte Meningitis serosa neben der acuten Encaphalitis handeln, etwa um eine Encephalitis der motorischen Regionen mit lokalisierter Meningitis serosa der zugehörigen Meningengegend.

Was die Ätiologie in diesem Falle betrifft, so ist zweifellos der eitrige Prozess des Knies die Ursache. Ob Tuberculose vorliegt, konnte einwandfrei nicht festgestellt werden.

Ueber die Therapie der Encephalitis, die im wesentlichen eine symptomatische ist, wäre noch nachzutragen, dass hier die Lumbalpunktion nach unserer Ansicht lebensrettend gewirkt hat, andere wieder warnen vor diesen Eingriff bei der Encephalitis (Oppenheim).

Die Veränderungen im Gehirn sind bei der acuten Encephalitis im grossen und ganzen reparabler Natur. Die Frage der vollständigen Wiederherstellung hängt natürlich ab vom Grade der definitiven Zerstörung, der wieder von der Grösse und der Art der Herde wesentlich bedingt wird. Die hier mitgeteilten Fälle sind alle restlos ausgeheilt: doch machen neuere Autoren (Nonne, Speidel) auf Spätfolgen der Encephalitis aufmerksam. Es scheint sich aber in diesen Fällen um eine ganz besonders geartete Infektion zu handeln. Ob dabei andere Erreger oder eine andere biologische Natur des Erregers eine Rolle spielen, ist noch nicht geklärt. Auf jeden Fall sind Nachuntersuchungen noch nach Jahren bei der Encephalitis notwendig.